

<https://helda.helsinki.fi>

Paineet koholla raskauden jälkeen - tapauksen ratkaisu

Laitinen, Mika

2019

Laitinen , M & Suomela , J 2019 , ' Paineet koholla raskauden jälkeen - tapauksen ratkaisu ' ,
Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 74 , Nro 6 , Sivut 324-326 . <
<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL62019-324.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/313754>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

MIKA LAITINEN

LKT, sisätautien erikoislääkäri,
kliininen opettaja
Helsingin yliopisto ja HUS
Meilahti, sisätaudit ja kuntoutus

JARKKO SUOMELA

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,
terveyskeskuslääkäri ja
lääkärikouluttaja
Helsingin yliopisto ja Helsingin
kaupunki

KIRJALLISUUTTA

- 1 Hurskainen R. Vuotohäiriöt. Lääkärin käsikirja 15.6.2018. www.terveysportti.fi
- 2 Tikkanen I, Tikkanen T. Sekundaariset hypertensiot. Kirjassa: Airaksinen J, Aalto-Setälä K, Hartikainen J ym, toim. Kardiologia, 3. painos. Kustannus Oy Duodecim 2016
- 3 Olin JW. Clinical manifestations and diagnosis of fibromuscular dysplasia. Up to Date 30.11.2017. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromuscular-dysplasia>
- 4 Sauni R, Leino T. Työterveyshuollon terveystarkastusten vaikuttavuus. Duodecim 2016;132:152–8.
- 5 Koivuviita N. Sekundaarinen hypertensio. Lääkärin käsikirja 14.6.2018, viimeisin muutos 31.8.2018. www.terveysportti.fi

Paineet koholla raskauden jälkeen

– tapauksen ratkaisu

Anamneesin kertaus

35-vuotias kolmen lapsen äiti tuli työterveyshuollon ikäkausitarkastukseen. Kuusi vuotta aiemmin viimeisimmän raskauden aikana hänellä todettiin pre-eklampsia ja aloitettiin labetalolilääkitys. Verenpaine jäi koholle ja hoitoa jatkettiin.

Työterveyshuollossa labetalolin (200 mg × 3) tilalle yritettiin vaihtaa telmisartaani, mutta potilaalle tuli ihottumaa, huimausta ja sormien puutumista. Enalapriilin ja hydroklooritiatsidin yhdistelmää (20/12,5 mg × 1/2) kokeiltaessa saatiin hyvä vaste ja kotimittauksissa verenpaine oli 119–130/70–80 mmHg. Seurannassa kreatiniiniarvo nousi kuitenkin tasolle 120 µmol/l. Kun yhdistelmävalmisteesta luovuttiin, kreatiniinitaso normalisoitui.

Seuraavaksi verenpainelääkkeeksi aloitettiin bisoprololi (2,5 mg × 1). Tällöin verenpaineet olivat kotiseurannassa 144–157/86–95 mmHg. Hoitoon yritettiin yhdistää amlodipiini (2,5 mg × 1), mutta siitä seurasi mm. raajojen pistelyä sekä epämiellyttävää oloa. Hoito jatkui pelkällä bisoprolilla (5 mg × 1).

Ennen ikäkausitarkastusta kotiseurannassa verenpaineet olivat 140–160/88–96 mmHg. Työterveyshoitajan mittauksissa verenpaineet olivat 171–175/94–105 mmHg.

Potilaan yleistila oli hyvä, pituus oli 154 cm ja paino 73,5 kg. Hän jännitti jonkin verran, vaikka oli istunut 10 minuuttia levossa ennen vastaanottohuoneeseen tuloa.

”Rautaa taitaa puuttua”, totesi verkkolääkäri.

Vasemmasta kädestä mitattu verenpaine on toistuvasti 185–190/110–115 mmHg ja pulssi 60/min, oikeasta kädestä mitattuna verenpaine oli 183/108–113 mmHg. Sydäimestä kuului tasainen sivuääneton rytmi. Kilpirauhasen ja vatsan palpoinnissa ei todettu poikkeavaa. Periferia oli lämmin eikä turvotuksia ollut. Laboratoriokokeiden tulokset on esitetty taulu-

kossa tapauksen ensimmäisessä osassa (SLL 4/2019).

Nainen työskentelee myyntitehtävissä vuorotöitä tehden. Hän tupakoi nuoruudessaan muutamana vuoden ajan, alkoholia hän ei käytä nykyään muutamaa viikkoannosta enempää. Hänen äidillään oli mitattu koholla olevia verenpainelukemia nuorella aikuisiällä mutta ei enää vanhemmiten. Muita sydän- ja verisuonisairauksien riskejä lähisuvussa ei ole tiedossa.

Verkosta poimittua

”Rautaa taitaa puuttua”, totesi verkkolääkäri ja suosittelee punaisen verenkuvan kertausta ja tarkennusta. ”Kun on pulsa ihminen, pitää verta kierrättää vaikka paineella.” Kun anemia on korjattu, voi ruveta hienosäättämään rasvastatusta, vaikka estrogeenisuojassa onkin, kollega jatkoi. Hän muistutti myös, että paineseuranta on dokumentoitava potilaskertomukseen, jotta verenpainelääkkeiden erityiskorvaushakemus menee läpi. ”Jännittäjä taitaa olla, beetasalpausta on ehkä ensin titrattava”, pohti kollega myös.

Naisen raudanpuuteanemian taustalla ovat yleisimmin runsaat kuukautiset, totesi toinen verkkolääkäri. Aiheuttajana voi olla mm. ei-hormonaalinen kierukka tai myooma, joka tosin ei ole kovin todennäköinen nuoremmilla naisilla.

Verkkolääkärit kaipasivat ainakin EKG- ja thoraxröntgentutkimuksia. Vatsan kaikukuvausta suositeltiin herkästi seulontatutkimuksena.

Eräs kollega tarttui myös anamneesin tietoon alkoholinkäytöstä, joka on ”nykyään vain muutama annos viikossa”. Hän muistutti, että säännöllinen alkoholinkäyttö voi viitata isompaankin kulutukseen. Tarkempi alkoanamneesi olisi hänestä tarpeen, etenkin kun GT oli yläkantilla. Juominen voi myös ylläpitää painon nousua.



Verkkolääkäri pyytäisi verenpaineen kotimitarin ainakin sairaanhoitajan tarkistettavaksi. ”Ihmisille myydään mm. rannemittareita, joihin en luottaisi ja jotkut mittarit voivat olla ns. perintökaluja.” Kun potilaalla on tuhti olkavarasi, voi olla aiheellista tarkistaa mansettikin.

Potilaan jatkovaiheet

Tarkemmassa haastattelussa kävi ilmi, että edellisestä kesästä lähtien potilaan kuukautiset olivat runsastuneet ja kuukautiskivut olivat lisääntyneet selvästi (1). Nainen joutui kuukautisten aikaan säännöllisesti nousemaan öisin vaihtamaan kuukautissidettä. Vaginaalisessa kaikututkimuksessa todettiin kohdussa muutos. Potilaalle kirjoitettiin lähete sairaalaan gynekologian poliklinikalle. Samalla aloitettiin ferroglysiinisulfaattihoito (100 mg kerran päivässä).

Gynekologian poliklinikalla naiselle asetettiin hormonikierukka runsaiden vuotojen hoitoon. Myoomia, polyyppeja tai kystia ei todettu. Parin viikon kuluttua ilmaantui alavatsakipua, kuumetta ja epäsäännöllistä vuotoa. Nainen kävi yksityislääkärillä ja sai antibioottilääkityksen. Kaikututkimuksen perusteella epäiltiin, että kierukka ei ollut kunnolla paikoillaan eivätkä sakarati auki.

Gynekologian poliklinikan kontrollikäynnillä viikon kuluttua antibioottikuurin loppumisesta kivut ja kuume olivat väistyneet ja vuodot loppuneet. Kasvoihin ja rintamukseen oli ilmaantunut hieman pientä näppyyä, jonka potilas koki

erittäin häiritseväksi. Hän ei halunnut enää odottaa sivuvaikutusten ja vuotohäiriöiden asettumista, ja hormonikierukka poistettiin. Runsaiden vuotojen hoidoksi määrättiin traneksaamihappovalmiste.

Työterveyslääkäri kiinnitti vastaanotolla huomiota edelleen koholla olevaan verenpaineeseen ja siihen, että kreatiniinitaso oli noussut pari vuotta aiemmin poikkeavasti enalapriilin ja hydroklooritiatsidin yhdistelmää käytettäessä. EKG ja thoraxkuva olivat normaalit. Tarkemmassa anamneesissa varmistettiin alkoholin käyttötiedot, ja kulutus oli keskimäärin korkeintaan yksi annos viikossa. Lakritsiuotteita potilas ei käyttänyt eikä lisännyt suolaa ruokaan.

Potilaalle kirjoitettiin toinen lähete keskussairaalaan sisätautien poliklinikalle sekundaarisen verenpainetaudin epäilyn takia. Erikoissairaanhoidossa tehtiin ensin munuaisvaltimoiden dopplerkaikukuvaus, ja siinä saatiin viite munuaisvaltimoiden stenoosista. Magneettiangiografiassa munuaiset olivat normaalin kokoiset, oikea hieman pienempi. Etenkin oikeassa munuaisvaltimossa oli vahvasti fibromuskulaariseen dysplasiaan viittaava löydös, vasemmassa epäily ei ollut yhtä selvä.

Potilaalle tehtiin pallolaajennus, jossa laajennettiin molempia munuaisvaltimoita. Kuukauden kuluttua toimenpiteestä verenpaineet olivat tavoitelukemissa. Puolivuotiskontrollissa kotiseuranta-arvot olivat varsin tasaisesti 115–125/75–85 mmHg. Lääkityksenä tuossa vaiheessa oli ainoastaan amlodipiini (2,5 mg × 1)

TILAA PALSTA
SÄHKÖPOSTIISI

Ota kantaa tapaukseen Fimnetin keskustelutaululla. Aineisto löytyy lehden verkkosivuilta osoitteesta www.laakarilehti.fi
> Miten sinä hoitaisit sekä Fimnetin keskustelutaululta osoitteesta <http://www.fimnet.fi/mitensinahoitaisit/> Voit tilata taulun sähköpostiisi kohdasta Muistutus.

ja bisoprololi (2,5 mg × 1). Seuraavan vuoden aikana lääkeannokset kaksinkertaistettiin, ja kotiseurantalukemat pysyivät edelleen kohtalaisen hyvällä tasolla, 117–134/82–85 mmHg.

Diagnoosivaiheessa otetussa EKG:ssä todettiin vasemman kammion hypertrofia volttikriteerein (Sokolow–Lyon). Vuoden kuluttua pallolaajennustoimenpiteestä sitä ei enää ollut todettavissa.

Dopplerkaikukuvauksessa saatiin viite munuaisvaltimoiden stenoosista.

Verenpaineen tasoa seurataan puolivuositain ja se on pysynyt hallinnassa kohtuullisella lääkityksellä. Hoidossa on huomioitava myös muut verenpainetta nostavat tekijät, mm. ylipaino.

Sisätautilääkärin kommentit

Yli 90 % hypertensiotapauksista on luonteeltaan essentiaalisia eikä taustalla ole osoitettavissa erityistä syytä verenpaineen nousuun. Essentiaalisen hypertension syntyyn vaikuttavat geneettiset tekijät sekä elintavat (suolan liiallinen saanti, runsas alkoholin käyttö, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja ylipaino). Myös uniapnea on melko tavallinen löydös.

Tavallisimmat sekundaarisen hypertension aiheuttajat ovat puolestaan munuaisparenkyymin sairaudet, renovaskulaarinen hypertensio sekä primaarinen aldosteronismi. Renovaskulaarisista syistä yleisin on ateroskleroottinen munuaisvaltimon ahtauma (noin 90 %) ja tavallisimmin nuorilla naisilla esiintyvä fibromuskulaarinen dysplasia (noin 10 %) (2).

Fibromuskulaarisen dysplasian etiologia on tuntematon. Taustalla ajatellaan olevan sekä geneettisiä että hormonaalisia tekijöitä. Mikäli verenpainetauti hoidettaessa syntyy epäily sekundaarisesta verenpainetaudista, fibromuskulaarista dysplasiaa tulisi epäillä erityisesti seuraavissa tilanteissa: naissukupuoli, verenpainetaudin alkaminen ennen 35 vuoden ikää, vaikea tai hoitoresistentti verenpainetauti, aiemmin vakaan verenpainetaso äkillinen nousu, merkittävä seerumin kreatiniinitason nousu ACE:n estäjän tai ATR:n salpaajan aloittamisen jälkeen sekä munuaisvaltimoita auskultoidessa kuultava suhina (3).

On huomattava, että mikäli munuaisvaltimoiden stenoosista on todettu fibromuskulaarinen dysplasia,

suurella osalla potilaista tautia voi löytyä myös muista valtimoista, useimmin kallonulkoisista aivoverisuonista (kaula- ja nikamavaltimot) ja harvemmin kallonsisäisistä aivovaltimoista, viskeraalisista valtimoista tai raajojen valtimoista. Kuvaamalla fibromuskulaarista dysplasiaa sairastavien potilaiden kallonulkoiset aivoverisuonet, näiden suonten tauti voidaan havaita myös oireettomilta (3).

Terveyskeskuslääkärin kommentit

Suuntaamattomilla terveystarkastuksilla ei ole havaittu olevan vaikutusta kokonaiskuolleisuuteen, syöpäkuolleisuuteen tai sydän- ja verisuoniperäiseen kuolleisuuteen (4). Tässä tapauksessa kuitenkin työterveyshuollon ikäkausitarkastuksesta oli hyötyä. Tarkastuksen yhteydessä oli aikaa paneutua sairaushistoriaan ja pohtia sekundaarisen verenpainetaudin mahdollisuutta. Myös lievä vähitellen kehittynyt anemia ja siihen liittyvä väsymys voivat jäädä huomaamatta tai mennä ”huonon kunnon” piikkiin kiireisessä lapsiarjessa, etenkin jos liikunnankin harrastaminen on jäänyt vähemmälle.

Tällä kertaa tarkastuksessa siis todettiin kaksi erillistä sairautta ja molempiin reagoitiin asianmukaisesti samalla kertaa, mikä ei etenkään kiireessä ole helppoa. Helposti ollaan tyytyväisiä, kun löydetään jotain poikkeavaa, ja toinen asia voi unohtua.

Verenpainelääkityksen aloittaminen ja lääkkeiden vaihtaminen ovat tavallisia tehtäviä terveyskeskuksessa ja työterveyshuollossa, usein potilasta tapaamatta. Ehkä tämän ja kiireenkin takia laboratoriokoekontrollien merkitys ACE:n estäjien, ATR2:n salpaajien ja diureettien käytön yhteydessä voi päästä unohtumaan, varsinkin jos potilas on nuori ja aiemmin terve. Poikkeavat koetulokset lääkkeiden aloittamisen jälkeen ja sekundaarinen verenpainetauti ovat kuitenkin melko yleisiä (5).

Tämä tapaus opettaa, että rutiinit ovat tarpeen ja että laboratoriokokeisiin on tärkeää reagoida. Vastuu kokeiden tulkinnaasta ei saa aina-kaan jäädä pelkästään potilaalle. Myöskään siihen ei voi luottaa, että aloittamalla lääkitys ja antamalla elämäntapaohjauksesta tai stressin rauhoittuvaa hoitotavoitteisiin päästään automaattisesti. Potilas pitää pitää erityisen hyvässä seurannassa, kunnes hoitotaso saavutetaan varmistetusti. ●

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.